

MIEHET JA NAISET PÄIHDEHOIDOSSA: KOLME EMPIIRISTÄ TUTKIMUSTULOSTA

PEKKA SAARNIO

SAATTEEKSI

Sukupuoli ei ole herättänyt erityistä kiinnostusta päihdeongelmien hoitotutkimuksessa. Sen merkitystä on kyllä tutkittu, mutta kyse on pitkälti ollut muuttujasta muuttujien joukossa. Tilanteesta saa käsityksen vaikkapa tutustumalla kansainvälisten tiedelehtien sisältöön. Silmäilin kokeeksi alan kerman kuuluvan Addiction-lehden tuoreimman vuosikerran (2001) otsikot, kaksitoista numeroa, yhteensä miltei kaksituhatta sivua. Saalis oli laiha. Kahden artikkelin otsikossa mainittiin sukupuolten välinen vertailuasetelma. Raskaana olevat naiset pääsivät samaan lukumäärään; molemmissa artikkeleissa oli kyse vieroituksesta, toisessa tupakasta ja toisessa opiaateista.

Päihdeongelmien hoitoa sukupuolinäkökulmasta tarkastelevaa kansainvälistä tiedelehteä en yrityksistä huolimatta löytänyt. Naistutkimuksen puolella lähin lehti lienee Women and Therapy, jonka otsikot otin niin ikään tarkasteltavaksi. Koska kyseessä ei ole päihdeongelmien hoidon erikoislehti, tutustuin viiteen uusimpaan vuosikertaan (1997–2001). Tulos ei ollut kummoinen: kaksi artikkelia.

Tein ekskursion myös kotimaiselle kentälle. Päihdeongelmien hoitoa koskevan tiedelehdistön osalta se oli nopeasti tehty, sillä Suomessa ei julkaista ainuttakaan alan erikoislehteä. Naistutkijat sen sijaan julkaisevat Naistutkimus-lehteä. Sen viiden uusimman vuosikerran (1997–2001) artikkelit sisältävät mitä moninaisimpia teemoja, mutta päihdeongelmien hoito ei valitettavasti kuulu niihin.

Kaikkia tutkimustuloksia ei tietenkään julkaita lehdissä, myös kirjat on otettava huomioon. Ja niitä on toki julkaistu myös sukupuolinäkökulmasta koskien päihdeongelmien hoitoa. Nostan ulkomaisesta tarjonnasta esille kaksi laajaa kokoomateosta: Gender and addictions (Straussner & Zelin 1997) ja The handbook of addiction treatment for women (Straussner & Brown

2002). Ne eivät ainakaan toistaiseksi ole yhdenkään suomalaisen tiedekirjaston kokoelmissa.

Irja Hyttisen Kun nainen juo (1990) lienee harvoista kotimaisista teoksista monipuolisin, siinä muun muassa tarkastellaan samoissa kansissa sekä ammattiapua että oma-apuryhmien toimintaa. Kyseessä ei kuitenkaan ole tutkijan tarpeisiin tehty kirja. Oma-apuryhmien toimintaa kuvailevaa kirjallisuutta löytyy enemmän, esimerkiksi Anja Auvisen Naisten kesken (1994). Tässäkään lajityypissä ei ole kyse tutkimuksesta, joskin ymmärän hyvin tällaisten kirjojen tarpeellisuuden.

Vaatimattoman katsaukseni tavoitteena ei ollut kattavuus. Päinvastoin tarkoitukseni oli tiiviillä tavalla kiinnittää huomiota päihdeongelmien hoitotutkimuksen yhteen aukkokohtaan. Käytännön päihdetyössä tätä teemaa ei tietenkään voida samassa mitassa ohittaa, sillä arjen pulmat edellyttävät monesti pikaisia ratkaisuja. Päihdetyöntekijät kyllä keskustelevat paljon aihepiiristä, toisinaan myös sen vierestä. Jälkimmäisestä mainitakoon ikuisuuskiista siitä, onko miesten ja naisten oltava hoidossa yhdessä vai erikseen. Yhdet kiivailevat sekaryhmien puolesta, toiset taas ovat erillisryhmien kannalla. Miten lie asiakkaiden omien tarpeiden laita?

Minulla ei ole syytä omaan kehuun, sillä sukupuoli ei ole ollut keskeisellä sijalla myöskään omissa tutkimuksissani. Tarkoitukseni on tällä esseellä korjata tilannetta. Tarkastelen seuraavaksi kolmea empiiristä tutkimustulosta, jotka ovat tulleet esille Kankaanpään A-kodissa tekemissani tutkimuksissa. Niillä saattaa jopa olla päihdeproblematiikkaa laajempaa kantavuutta.

TERAPEUTIN SUKUPUOLI JA HOIDON JATKUVUUS

Kankaanpään A-kodissa tehtiin viime vuosikymmenellä seurantatutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää, miten noin kuukauden pituisissa peruskuntoutuksessa olleet asiakkaat (n = 105) sel-

viävät hoidon jälkeen (Saarnio & al. 1998). Osa asiakkaista ei päättänyt sovitusti kuntoutusta, vaan keskeyttäneiden osuus oli 15 prosenttia. Keskeyttäminen oli yhteydessä terapeutin sukupuoleen: kun miesterapeuttien asiakkaista joka viides (19 %) lähti ennenaikaisesti laitoksesta, niin naisterapeuteilla tällaisia asiakkaita oli vain joka kymmenes (10 %). Terapeutteja oli yhteensä kymmenen, viisi miestä ja viisi naista.

Lisäksi on mainittava, että naisterapeuteilla oli merkitsevästi [$\chi^2(1) = 11,4; p = 0,001$] enemmän asiakkaina sekakäyttäjiä (64/31 %) kuin miesterapeuteilla. Tämän pohjalta olisi voinut olettaa keskeyttämisluvut jopa päinvastaisiksi, sillä analyysit osoittivat sekakäyttäjien keskeyttävän huomattavasti herkemmin kuin alkoholin käyttäjät.

Vaikutussuhteita tarkennettiin askeltavalla logistisella regressioanalyysillä, jonka selitettävänä muuttujana oli hoidon jatkuvuus sekä selittävinä muuttujina terapeutin sukupuoli ja päihteiden käytön tyyppi. Tulokset osoittivat sekä terapeutin sukupuolella [$W(1) = 3,7; p = 0,05$] että päihteiden käytön tyyppillä [$W(1) = 6,0; p = 0,01$] olleen merkitsevä vaikutus hoidon jatkuvuuteen. Myös terapeutin sukupuolen ja asiakkaan sukupuolen yhdysvaikutus keskeyttämiseen tarkistettiin, mutta se ei osoittautunut merkitseväksi.

Esille tulleen ilmiön taustaa ei valitettavasti voinut selvittää tarkemmin, sillä asiakkaan ja terapeutin välisestä vuorovaikutuksesta ei kerätty aineistoa. Silloinen päätelmäni oli, että naisterapeutit pystyivät miesterapeutteja paremmin välttämään keskeyttämiin johtavat kärjistymät. Miesterapeutit puolestaan olivat sitä mieltä, että he pitivät naisterapeutteja tiukemmin kiinni asetetuista rajoista, mikä edelleen johti keskeyttämiin. Eräs tutkijakollegani kehotti selvittämään, oliko miesterapeuteissa useita oman toipumiskokemuksen omaavia henkilöitä, jotka olisivat saattaneet asettaa täysraittisuuden ainoaksi hoitotavoitteeksi ja olisivat muutenkin jyrkällä suhtautumisellaan voineet aiheuttaa keskeyttämiä. Hypoteesi kuulosi järkevältä, mutta se ei kuitenkaan osoittautunut tässä tapauksessa oikeaksi.

Vastakkainasettelun synnyttäminen on päihdehoidossa monin verroin helpompaa kuin sen välttäminen. Kokeneilla päihdehuollon työntekijöillä onkin tapana hämmästellä sitä, miten herkkiä päihteiden ongelmakäyttäjät ovat konfrontoinnille ja kuinka helposti vastakkainasettelu on heidän kanssaan synnyttävissä. Työntekijällä on oltava ”kieli keskellä suuta”.

En ole huomannut alan kirjallisuudessa tutkimustuloksia, joiden mukaan terapeutin sukupuolella olisi ollut merkitystä päihdehoidon jatkuvuuden tai tuloksellisuuden kannalta. Liekö sukupuolen vaikutusta sen kummemmin edes tutkittu. Terapeutin ominaisuuksien ja toimintatavan vaikutuksesta hoidon jatkuvuuteen ja tuloksellisuuteen on sinänsä vahva näyttö (Najavits & al. 2000). Tämän aihepiiriin parissa olen itsekin työskennellyt (Saarnio 2000 & 2001 & in press; Saarnio & Mäntysaari 2002).

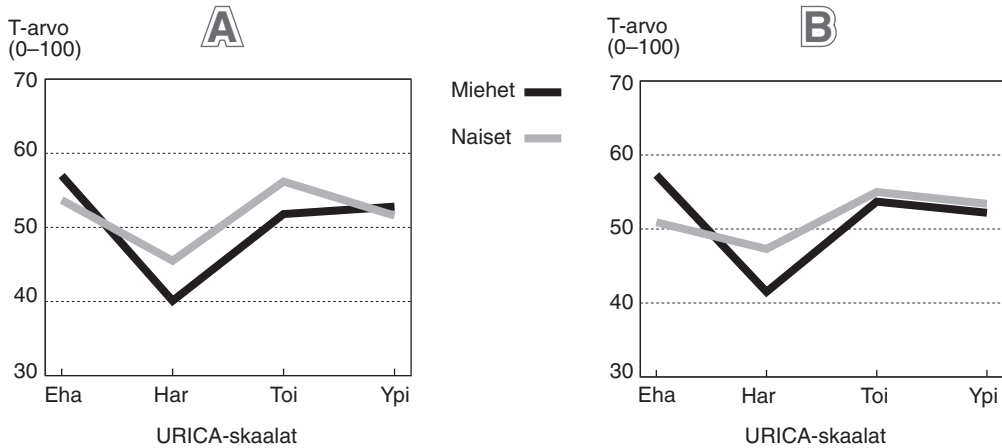
MIEHET, NAISET JA MUUTOSVALMIUS

Tämä tarkastelu perustuu kahteen päihdeongelmaisten muutosvalmiutta koskevaan tutkimukseen, joista toisen (Saarnio & Knuuttila, painossa) aineisto kerättiin kesällä 2000 ja toisen (Saarnio & Knuuttila, tulossa) syksyllä 2001. Muutosvalmiuden tutkimisessa käytettiin URICA-lomaketta (University of Rhone Island Change Assessment Scale) (DiClemente & Hughes 1990).

URICA noudattelee pienin poikkeuksin Carlo DiClementen ja James Prochaskan (1998) kehittämää muutosvaihemallia. Tutkimukset ovat osoittaneet muutoksen jakautuvan viiteen vaiheeseen. Esiharkintavaiheessa olevat henkilöt ovat haluttomia pohtimaan päihdeongelman luonnetta, he ovat ylipäänsä vastahankaisia muutokselle. Harkintavaiheelle on ominaista ongelman vakava pohdinta, esimerkiksi muutokseen liittyvien etujen ja haittojen vertailu, siis ambivalenssi. Tätä seuraavassa valmisteluvaiheessa henkilö on päätenyt muutoksen kannalle ja sitoutunut alustavasti siihen. Seuraavaksi on vuorossa toimintavaihe, muutoksen edellyttämien käytännön ratkaisujen toteutus. Mikäli henkilö pystyy toteuttamaan suunnitelmansa, hän siirtyy ylläpitovaiheeseen, jossa muutostulosten on integroiduttava osaksi arkielämää.

URICA koostuu 32 osiosta, jotka muodostavat neljä skaalaa: 1. esiharkinta, 2. harkinta, 3. toiminta, 4. ylläpito. Kutakin skaalaa varten on kahdeksan osiota. Tutkimushenkilöt vastaavat osioihin viisiportaisella asteikolla. Käsillä olevissa aineistoissa asiakkaat täyttivät URICA:n vastaanottovaiheen aikana, fyysisen ja psyykkisen kunnon huomioon ottaen mahdollisimman pian laitokseen tulon jälkeen. Tulokset sukupuolen mukaan ovat kuviossa 1. Pistemäärät on muunnettu

Kuvio 1. URICA-skaalamuuttujien t-arvoiksi muunnettujen pistemäärien keskiarvot miehillä (M) ja naisilla (N). Kuvio A koskee vuoden 2000 aineistoa ja kuvio B vuoden 2001 aineistoa. Erotteluanalyysin mukaan käyrien välinen ero oli merkitsevä sekä kuviossa A [$0^2(4) = 13,1$; $p = 0,01$] että kuviossa B [$0^2(4) = 11,6$; $p = 0,02$]. Eha = esiharkinta, Har = harkinta, Toi = toiminta, Ypi = ylläpito



skaalojen välisen vertailun mahdollistamiseksi t-arvoiksi. Korkeat pistemäärät ovat esiharkintaa lukuun ottamatta merkki muutosvalmiudesta; korkea esiharkintapistemäärä osoittaa asiakkaan olevan vastahankainen muutokselle.

Kummankin aineiston tulokset olivat yhtäpitäviä: miesten ja naisten muutosprofiilit poikkesivat oleellisesti toisistaan, naiset olivat valmiimpia muutokseen hoidon alussa kuin miehet. Naisten keskimääräinen harkintapistemäärä oli molemmissa aineistoissa selvästi korkeampi kuin miehillä, joiden esiharkintapistemäärä puolestaan oli korkeammalla tasolla kuin naisten vastaava pistemäärä. Vuoden 2000 aineistossa naiset olivat myös toimintaorientoituneempia kuin miehet. Ylläpitopistemäärät sen sijaan olivat samaa tasoa.

Miehet siis olivat naisiin verrattuna selkeämmin muutosprosessin alkuvaiheessa. Tulokset toistavat kauniisti muutosvaihemalliin sisältyvän ajatuksen prosessin etenemisestä. Tutkimusten mukaan URICA-tulokset ovat yhteydessä hoidon jatkuvuuden kanssa: esiharkintavaiheessa olevilla asiakkailla on suuri keskeyttämisriski, erityisesti hoidon alkuvaiheessa (DiClemente & Scott 1997). Hoidon alussa mitatun muutosvalmiuden on havaittu olevan yhteydessä myös hoidon jälkeisen selviytymisen kanssa, eli mitä parempi muutosvalmius, sitä vähemmän juomista (DiClemente & al., in press).

MUUTOSVALMIUDEN KANTAVUUDESTA

Tässä jaksossa tarkastellaan miesten ja naisten välisiä eroja hoidon jatkuvuudessa. Muutosvalmiutta koskevat aineistot sisältävät tiedon keskeyttämisestä, mutta niissä ei ole terapeuttikohdattavia tietoja, sillä A-kodissa siirryttiin joitakin vuosia sitten omahoitajajärjestelmästä yhteishoitoon. Hoidon keskeyttäminen jaettiin tässä tarkastelussa kahteen luokkaan, yhtäältä vastaanottovaiheessa ja toisaalta varsinaisessa kuntoutuksessa tapahtuneeseen keskeyttämiseen. Tulokset sukupuolen mukaan ovat taulukossa 1. Prosenttiosuudet sisältävät myös sääntörikkomuksesta johtuneet uloskirjoittamiset.

Ensimmäinen silmiinpistävä seikka taulukossa 1 on se, että keskeyttäminen painottuu naisilla hoidon myöhempään vaiheeseen. Heillä oli hyvin vähän vastaanottovaiheen keskeyttämisistä. Miesten osalta tulokset olivat miltei päinvastaiset. Tämä on linjassa URICA-tulosten kanssa, miehet olivat korostuneemmin muutoksen esiharkintavaiheessa kuin naiset. Tulosten käänteisyyden vuoksi keskeyttämisen yhteenlasketussa osuudessa ei ollut suuria sukupuolten välisiä eroja kummassakaan aineistossa. Miesten ja naisten hoitojen yhteenlaskettu keskeyttämisosuus oli laskenut vuodesta 2000 (38 %) vuoteen 2001 (29 %).

Taulukko 1. Miesasiakkaiden (n = 67;79) ja naisasiakkaiden (n = 38;35) hoidon jatkuvuutta koskevat prosenttijakaumat. Sulkeissa oleva ensimmäinen havaintomäärä koskee vuoden 2000 aineistoa ja toinen vuoden 2001 aineistoa

	Vuoden 2000 aineisto		Vuoden 2001 aineisto	
	Mies	Nainen	Mies	Nainen
Hoidon päätettiin sovittua	63	61	68	77
Keskeyttäminen vastaanottovaiheessa	12	0	18	3
Keskeyttäminen myöhemmin	25	39	14	20
Yhteensä	100	100	100	100
	$\chi^2(2) = 8,7; p = 0,01$		$\chi^2(2) = 6,1; p = 0,04$	

POHDINTAA

Miksi naiset olivat hoitoon tullessaan valmiimpia muutokseen kuin miehet? Siinäpä kysymys. Sukupuolten välisiä muutosvalmiuseroja olisi houkuttelevaa selittää kulttuurisilla tekijöillä, esimerkiksi naisten voimakkaammalla vastuuntunnolla. Mutta mistä sitten vastuullisuus johtuu? Vaikea sanoa, huomaan joutuneeni heikoille jaloille.

Entä miksi naisten keskeyttäminen lisääntyy hoidon vanhetessa? Kysymys johtaa ajatukset kahteen suuntaan. Ensinnäkin hoitokäytäntöihin: oliko niissä kenties jotakin sellaista, mikä sai naiset hoidon edetessä lisääntyvästi keskeyttämään? Olivatko siis naisten keskeyttämiset tavallaan harkitumpia kuin miesten keskeyttämiset, joista monet sijoittuivat hoidon alkuvaiheeseen? Vastaanottovaiheen keskeyttämisten tiedetään olevan pitkälti impulsiivisuuden satoa.

Tämä on arkaluonteinen pohdintasuunta, sillä tulilinjalle saattavat joutua hoitoyksikön kulttuuriset käytännöt ja viime kädessä yksittäisten terapeuttien toimintatavat. Hoitokulttuuriin nimittäin saattaa kätkeytyä huomaamattomia, nimenomaan naisten kannalta repressiivisiä piirteitä. Uskallan väittää pitkän kokemuksen perusteella, että suomalainen päihdehuolto on ennen kaikkea miesten maailma. Tämän esseen ensimmäisessä empiirisessä selosteessa ei tosin ilmennyt terapeutin sukupuolen ja asiakkaan sukupuolen yhdysvaikutusta hoidon keskeyttämiseen. Samanlaisen tulokseen päädyttiin äskettäin lukemassani amerikkalaistutkimuksessa (Sterling & al. 2001).

Tietysti on mahdollista, että koko problematiikka on palautettavissa päihderiippuvuuden luonteeseen, sen sitovuuteen ja irtipääsyn vaikeuteen. Keskeyttämisen kokonaisuuksissa ei ollut

mainittavia sukupuolten välisiä eroja. Pitäisikö päihderiippuvuus siis otteessaan sukupuolesta riippumatta, kuitenkin sillä erotuksella, että miehet luovuttavat naisia helpommin, jo hoidon alkuvaiheessa?

Millaisia käytännön johtopäätöksiä tuloksista on tehtävissä? Näyttää siltä, että sukupuolten hoitotarpeet ovat jossain määrin erilaisia, ainakin alkuvaiheessa. Miesten hoidon ensimmäisen painopisteen tulisi olla motivoinnissa ja sitä kautta vastaanottovaiheen keskeyttämisen ehkäisyssä. Naisten vahvempi muutosvalmius pitäisi hyödyntää siirtymällä nopeammin varsinaisiin hoitosisältöihin. Samalla he tulisivat paremmin immuuneiksi jatkossa vaaniville keskeyttämisajatuksille.

Päihdeongelmien hoitoon liittyvä motivaatioproblematiikka lieene tullut parhaiten tunnetuksi William Millerin 1980-luvulla kehittämän motivoivan haastattelun kautta (Miller & Rollnick 1991). Menetelmässä keskitytään siihen, miten ohjata vastakkainasettelua välttämällä asiakas ylittämään päihteiden käyttöä koskeva sisäinen ambivalenssi ja suuntaamaan kohti muutosta. Motivoivan haastattelun menetelmälliset innovaatiot olivat edistysaskeleita päihdekuntoutuksessa, sillä ne mahdollistivat siirtymisen muutosmotivaation puuttumisen päivittelystä aihepiiriin rakentavaan tarkasteluun. Tutkimustulokset motivoivan haastattelun toimivuudesta ovat olleet vakuuttavia; erityisesti hoitoon kiinnittyminen paranee sen avulla (Carroll & al. 2001; Dunn & al. 2001).

Voisiko olla niin, että naisterapeutit omaksuvat miesterapeutteja paremmin motivoivan haastattelun mukaisen työskentelyn. Tai kenties naiset toimivat jo spontaanisti, siis ilman menetelmäkoulutusta, motivoivaa haastattelua muistutta-

valla tavalla? Tämä on tullut monesti mieleeni, eikä vähiten ajatellessani esseen alkupuolella esitetyjä tutkimustuloksia. Tätä ei tule lukea siten, että olisin väheksymässä miesterapeuttien osaamis-

ta. Kyllä päihdetyössä pärjäävät sekä miehet että naiset, kunhan muistavat katsoa peiliin. Eivätkä miehet sitä paitsi siihen kaadu, mikäli uumoiluni osuisi oikeaan.

KIRJALLISUUS

Auvinen, Anja: Naisten kesken. Juomisesta, naiseudesta, elämästä. Helsinki: Stakes, 1994

Carroll, Kathleen & Libby, Bryce & Sheehan, Joseph & Hyland, Nancy: Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: An effectiveness study. *American Journal on Addictions* 10 (2001), 335–339

DiClemente, Carlo & Carbonari, Joseph & Zweben, Allen & Morrell, Tanya & Lee, Rebecca: Motivation hypothesis causal chain analysis. In: Longabaugh, Richard & Wirtz, Philip (eds.): *Project Match: A priori matching hypotheses, results, and mediating mechanisms*. Rockville, MD: NIAAA, in press

DiClemente, Carlo & Hughes, Sheryl: Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse* 2 (1990), 217–235

DiClemente, Carlo & Prochaska, James: Toward a comprehensive, transtheoretical model of change. In: Miller, William & Heather, Nick (eds.): *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press, 1998

DiClemente, Carlo & Scott, Carl: Stages of change: Interactions with treatment compliance and involvement. In: Onken, Lisa & Blaine, Jack & Boren, John (eds.): *Beyond the therapeutic alliance. Keeping the drug-dependent individual in treatment*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1997

Dunn, Chris & Deroo, Lisa & Rivara, Frederick: The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction* 96 (2001), 1725–1742

Hyttinen, Irja: Kun nainen juo. Naisten alkoholin- käyttö, alkoholin ongelmakäyttö ja hoito. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1990

Miller, William & Rollnick, Stephen: *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive be-*

havior. New York: Guilford Press, 1991

Najavits, Lisa & Crits-Christoph, Paul & Dierberger, Amy: Clinicians' impact on the quality of substance use disorder treatment. *Substance Use & Misuse* 35 (2000), 2161–2190

Saarnio, Pekka: Does it matter who treats you? *European Journal of Social Work* 3 (2000), 261–268

Saarnio, Pekka: Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (2001): 3, 224–232

Saarnio, Pekka: Factors associated with dropping out from outpatient treatment of alcohol-other drug abuse. *Alcoholism Treatment Quarterly* (in press)

Saarnio, Pekka & Knuuttila, Vesa: Päihdeongelmaisten muutosvalmius hoidon jatkuvuutta ennakkoivana tekijänä. *Psykologia (painossa)*

Saarnio, Pekka & Knuuttila, Vesa: Tutkimus laitospäihdehoidon keskeyttämisen riskitekijöistä. (Tulossa)

Saarnio, Pekka & Mäntysaari, Mikko: Rating therapists who treat substance abusers. *International Social Work* 45 (2002), 167–183

Saarnio, Pekka & Tolonen, Marjo & Heikkilä, Katja & Kangassalo, Sanna & Mäkeläinen, Marja-Leena & Niitty-Uotila, Päivi & Vilenius, Laura & Virtanen, Krista: Päihdeongelmaisten selviytyminen hoidon jälkeen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 35 (1998), 207–219

Sterling, Robert & Gottheil, Edward & Weinstein, Stephen & Serota, Ronald: The effect of therapist/patient race- and sex-matching in individual treatment. *Addiction* 96 (2001), 1015–1022

Straussner, Shulamith & Brown, Stephanie (eds.): *The handbook of addiction treatment for women. Theory and practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002

Straussner, Shulamith & Zelvin, Elizabeth (eds.): *Gender and addictions. Men and women in treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1997.